Original Article

Crisis Management in Healthcare Systems in the Post-COVID-19 Era: A Phenomenological Study of Management Experiences at Hazrat Ali Ibn Abi Talib Hospital, Rafsanjan City

Mehdi Karami[1], Mohammad Ziaaddini✉[2], Mustafa Hadavinejad[3], Melikeh Beheshti Far[2]

[1] PhD Student, Dept. of public administration, Rafsanjan branch, Islamic Azad University, Rafsanjan, Iran

[2] Dept of public administration, Rafsanjan branch, Islamic Azad University, Rafsanjan, Iran

[3] Dept of public administration, Vali-e- Asr University, Rafsanjan, Iran

✉**Corresponding author:** Dept of public administration, Rafsanjan branch, Islamic Azad University, Rafsanjan, Iran

Email: Mziaaddini@yahoo.com
Tel: +989133913550
Postal Code: 7714717138

Received: 7 Jan 2026
Revised: 6 May 2026
Accepted: 16 Jun 2026

Citation: Karami M, Ziaaddini M, Hadavinejad M, Beheshti Far M. Crisis Management in Healthcare Systems in the Post-COVID-19 Era: A Phenomenological Study of Management Experiences at Hazrat Ali Ibn Abi Talib Hospital, Rafsanjan City. J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2026; 34(7): 10488-501.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 Unported License which allows users to read, copy, distribute and make derivative works for non-commercial purposes from the material, as long as the author of the original work is cited properly.

Abstract

Introduction: The COVID-19 pandemic revealed serious vulnerabilities in global health systems, particularly regarding their capacity to respond to crisis. Within the broader service delivery systems, healthcare systems, particularly hospitals, played a crucial and effective role in managing this crisis.
The present study aimed to identify post-COVID-19 crisis management in the health system at Hazrat Ali ibn Abi Talib (AS) Hospital in Rafsanjan City.
Methods: Utilizing a phenomenological approach and a qualitative research method, this study was carried out between 2021 and 2022. The research participants included a diverse range of specialties and professionals who were actively working at Ali Ibn Abi Talib Hospital in Rafsanjan City throughout the COVID-19 crisis. Participants were selected via purposive sampling, utilizing the snowball technique, and data collection continued until theoretical saturation was achieved. Data obtained from these interviews were analyzed using a seven-step qualitative analysis approach. This approach included the stages of data preparation, repeated reading, extraction of meaning units, initial coding, formation of categories, interpretation of findings, and validation of results. The trustworthiness of the research was ensured through member checking, peer debriefing, and adherence to Lincoln and Guba's criteria. MAXQDA 2020 software was used for data management and coding.
Results: In this study, three main themes and ten sub-themes were identified as key challenges in managing the biological crisis of COVID-19. The main themes included structural and managerial factors (Human Resource Crisis, Managerial and Policy Deficiencies, Financial and Economic Constraints, Knowledge and Training Gaps in Crisis Management, Uncertainty in Treatment and Protocols); physical and logistical infrastructures (Shortage and Inefficiency of Protective and Medical Equipment, Space Limitation and Isolation Challenges), ;and social and cultural factors (Pandemic Fatigue, Violation of Health and Safety Protocols, Spread of Rumors and Misbeliefs).
Conclusion: The management of biological crises requires an integrated and multidimensional strategic approach that synergistically promotes the strengthening of physical and logistical infrastructures, structural reorganization, collective learning, strategic communication, and targeted investment. A comprehensive framework can provide both a scientific and practical foundation for future policymaking in the health sector and for preparedness against complex crises.
Keywords: Crisis management, COVID-19, phenomenology, Biological Crises, Hospital

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-21]

[DOI: 10.18502/ssu.v34i7.22995]

Extended Abstract

Introduction

Among service delivery systems, healthcare systems play a crucial role in crisis management. Hospitals are not only on the front lines of emergency response but also contribute to stabilizing society during crises by providing medical services, controlling diseases, and offering psychosocial support(1).

Documenting and analyzing the experiences of healthcare managers during crisis response can serve as a valuable resource for learning and preparing for similar future crises. This study was conducted to identify key challenges in COVID-19 pandemic management, aiming to enhance hospital capacity and quality of care during biological crises and thereby strengthen healthcare centers' preparedness for future emergencies. The analysis of experiences from the COVID-19 crisis provides practical strategies to improve organizational performance as well as staff and patient health. Accordingly, the main research question is: What lessons can be learned from the hospital's experience during the COVID-19 pandemic to improve the management of future biological crises?

Method

This study employed a phenomenological approach to explore the lived experiences of managers during the COVID-19 pandemic at Hazrat Ali ibn Abi Talib Hospital in Rafsanjan.

This hospital was selected because it operated as the only multispecialty hospital in Rafsanjan and was designated as the main facility providing medical services to patients affected by COVID-19 during the pandemic.

To obtain in-depth, experience-based data, Purposive sampling, supplemented by snowball sampling was employed. In total, 17 staff members who had direct and substantial experience in managing and responding to the COVID-19 crisis at this healthcare center were selected as study participants.

The interviews were conducted between 2021 and 2022, with an average duration of approximately 90 minutes each. Prior to the interviews, participants were provided with information about the study and a consent form either in person or via email, and were asked to confirm their willingness to participate within one week.

Data analysis was conducted concurrently with data collection and proceeded iteratively throughout the study. Data collection continued until saturation was reached; this occurred when subsequent interviews yielded redundant information and no new themes or insights emerged.

For data analysis, a seven-step approach to Clinical-Qualitative Content Analysis was employed (2). We applied Lincoln and Guba's criteria (3) to ensure methodological rigor through the following measures:

1. Peer and participant validation
2. Inter-analyst validation
3. Diverse sampling to enhance transferability
4. Direct quotations from participants

Results

In this study, three main themes and ten sub-themes were identified as key challenges in managing the biological crisis of COVID-19. The main themes included structural and managerial factors (Human Resource Crisis, Managerial and Policy Deficiencies, Financial and Economic Constraints, Knowledge and Training Gaps in Crisis Management, Uncertainty in Treatment and Protocols); physical and logistical infrastructures (Shortage and Inefficiency of Protective and Medical Equipment, Space Limitation and Isolation Challenges), ;and social and cultural factors (Pandemic Fatigue, Violation of Health and Safety Protocols, Spread of Rumors and Misbeliefs). The dynamic interplay among these three categories provides a foundation for developing healthcare systems that are responsive, flexible, sustainable, and resilient in the face of emerging threats.

1. Structural and Managerial Factors

In the present study, the structural and managerial challenges of the COVID-19 crisis included shortages of human resources, inadequate financial management, and deficiencies in educational and clinical infrastructure.

A participant discussed the shortage of staff and increased workload, stating: "*Most of our problems emerged during the later waves of the pandemic. For example, from the third wave onward, we faced a severe shortage of personnel… During the third wave, about 70–80% of our staff were infected and symptomatic, but their test results were negative. We were experiencing a critical shortage of human resources; because of that, even educational staff were given temporary assignments, and everyone*

CC BY-NC 4.0
[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-21]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i7.22995]

was mobilized wherever nursing staff were needed" (Participant 3, Head Nurse).

2. Physical and Logistical Infrastructures

During the COVID-19 pandemic, Deficiencies in physical and logistical infrastructure emerged as a major barrier to effective crisis management. Participants highlighted the shortage of personal protective equipment (PPE), including its scarcity, inequitable distribution, low quality, high cost, and instances loss or misplacement within healthcare facilities.

One participant stated: "*At the beginning of the crisis, alcohol became scarce, and masks were also difficult to find. The masks we used to purchase easily became a hard to obtain. Another issue we faced at the same time was distribution: how to allocate the masks, who should receive surgical masks, who should get N95s, and how to distribute sanitizing solutions.*" (Participant 1, Executive Manager)

3. Social and Cultural Factors

At the societal level, public behavior emerged as an important factor influencing crisis management.

A participant explained: "*When pandemic fatigue occurs, people simply stop listening to what you say. You walk through the city and see that mask use has dropped below 40%. Pandemic fatigue is a well-known phenomenon… eventually, people just say, 'I'll get infected anyway*.' (Participant 3, Physician)

Conclusion

Healthcare centers face multiple structural, managerial, and operational challenges when confronted with crises and disasters, including insufficient preparedness, poor interdepartmental coordination, inadequate communication management, and shortages of human resources and physical infrastructure. These challenges underscore the need to reassess and strengthen the capacities of the healthcare system through targeted staff training, the development of technical and human infrastructure, and the design of coordinated mechanisms for crisis management at local, national, and international levels. Documenting lessons learned and effectively transferring knowledge can contribute to the strengthening of organizational memory and enhance institutional resilience.

Furthermore, public relations, as a bridge between organizations and society, plays a key role in guiding public opinion, addressing uncertainties, and building social trust. Therefore, effective crisis management requires a multidimensional and flexible approach in which capacity building, organizational learning, strategic communication, and targeted investment operate synergistically. Successful crisis management extends beyond short-term operational plans and necessitates that leaders adopt a long-term perspective.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-21]

[DOI: 10.18502/ssu.v34i7.22995]

CC BY-NC 4.0

مقاله پژوهشی

مدیریت بحران نظام سلامت در دوران پس از کووید-۱۹: مطالعه‌ای پدیدارشناختی از تجربیات مدیریتی در بیمارستان حضرت علی‌ابن‌ابیطالب (ع) رفسنجان

مهدی کرمی [۱]، محمد ضیاءالدینی [۲] ✉، مصطفی هادوی‌نژاد [۳]، ملیکه بهشتی‌فر [۲]

[۱] دانشجوی دکتری، گروه مدیریت دولتی، واحد رفسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، رفسنجان، ایران
[۲] گروه مدیریت دولتی، واحد رفسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، رفسنجان، ایران
[۳] گروه مدیریت دولتی، دانشگاه ولی عصر، رفسنجان، ایران

چکیده

مقدمه: همه‌گیری کووید-۱۹ آسیب‌پذیری‌های جدی در نظام‌های سلامت جهان، به‌ویژه در سازوکارهای پاسخ به بحران، آشکار ساخت. در بین سیستم های ارائه خدمت، سیستم‌های مراقبت های بهداشتی و درمانی خصوصا بیمارستان‌ها نقش مهم و موثری در مدیریت این بحران داشت. هدف این مطالعه، بررسی مدیریت بحران پس از همه‌گیری کووید-۱۹ در بیمارستان حضرت علی‌بن‌ابی‌طالب (ع) رفسنجان بود.

روش بررسی: این مطالعه با رویکرد پدیدارشناسی و روش کیفی در بازه زمانی ۲۰۲۱ تا ۲۰۲۲ انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل مدیران از تخصص‌ها و جایگاه‌های حرفه‌ای متنوع بودند که در زمان بحران کووید-۱۹ در بیمارستان علی‌ابن‌ابی‌طالب رفسنجان مشغول به فعالیت بودند. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند و با روش گلوله‌برفی تا رسیدن به اشباع نظری انجام شد. داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها با استفاده از رویکرد هفت‌مرحله‌ای تحلیل کیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. این رویکرد شامل مراحل آماده‌سازی داده‌ها، خواندن مکرر، استخراج واحدهای معنا، کدگذاری اولیه، تشکیل مقوله‌ها، تفسیر یافته‌ها و اعتبارسنجی نتایج است اعتبار پژوهش با بهره‌گیری از بازبینی اعضا، بررسی همتایان تضمین گردید. برای مدیریت و کدگذاری داده‌ها از نرم‌افزار MAXQDA 2020 استفاده شد.

نتایج: در این مطالعه، سه مضمون اصلی و ده مضمون فرعی به‌عنوان چالش‌های کلیدی در مدیریت بحران زیستی کووید-۱۹ شناسایی شد. مضامین دربرگیرنده عوامل ساختاری و مدیریتی (بحران منابع انسانی، نارسایی‌های مدیریتی و سیاست‌گذاری، محدودیت‌های مالی و اقتصادی، شکاف دانشی و آموزشی در مواجهه با بحران و ابهام در درمان و پروتکل‌ها)؛ زیرساخت‌های فیزیکی و لجستیکی (کمبود و ناکارآمدی تجهیزات حفاظتی و درمانی و محدودیت فضا و ایزولاسیون)؛ و در عوامل اجتماعی و فرهنگی (خستگی ناشی از همه‌گیری، نقض پروتکل‌های بهداشتی و ایمنی و انتشار شایعات و باورهای نادرست) بودند.

نتیجه‌گیری: مدیریت بحران‌های زیستی نیازمند رویکردی یکپارچه و راهبردی چندبعدی است که تقویت زیرساخت‌های فیزیکی و لجستیکی، بازآرایی ساختارها، یادگیری جمعی، ارتباطات راهبردی و سرمایه‌گذاری هدفمند را به‌صورت هم‌افزا دنبال کند. وجود یک چارچوب جامع می‌تواند پایه‌ای علمی و عملی برای سیاست‌گذاری‌های آینده در حوزه سلامت و آمادگی برای بحران‌های پیچیده فراهم سازد.

واژه‌های کلیدی: مدیریت بحران، کووید۱۹، پدیدارشناسی، بحران‌های زیستی، بیمارستان.

✉ **نویسنده مسئول:**
محمد ضیاءالدینی
گروه مدیریت دولتی، واحد رفسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، رفسنجان، ایران

پست الکترونیک:
Mziaaddini@yahoo.com
تلفن: ۰۹۱۳۳۹۱۳۵۵۰
صندوق پستی: ۷۷۱۴۷۱۷۱۳۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۰/۱۷
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۲/۱۶
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۳/۲۶

ارجاع:
کرمی مهدی، ضیاءالدینی محمد، هادوی‌نژاد مصطفی، بهشتی‌فر ملیکه. مدیریت بحران نظام سلامت در دوران پس از کووید-۱۹: مطالعه‌ای پدیدارشناختی از تجربیات مدیریتی در بیمارستان حضرت علی‌ابن‌ابیطالب (ع) رفسنجان. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۴۰۵؛ ۳۴ (۷): ۵۰۱-۱۰۴۸۸.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-21]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i7.22995]

CC BY-NC 4.0

مقدمه

امروزه، یکی از چالش‌های اساسی پیش‌روی سازمان‌ها، ماهیت پویا، غیرقابل پیش‌بینی و چالش‌برانگیز این محیط است که توانایی تطبیق‌پذیری و واکنش سریع را به ضرورتی حیاتی بدل کرده است (۱،۲). رویدادهای غیرمنتظره ممکن است درون یا بیرون سازمان رخ دهند و ابعاد مختلفی از نوع، زمان و مکان وقوع گرفته تا فراوانی و مدت‌زمان را داشته باشند. هم‌چنین میزان اهمیت و شدت تأثیر آن‌ها بر سازمان نیز می‌تواند متغیر باشد (۳). در بین این رویدادها؛ بحران‌ها به بقا و عملکرد سازمان‌ها و سلامت عمومی آسیب می‌رسانند. آژانس مدیریت بحران فدرال ایالات متحده، مدیریت بحران را به‌عنوان ارزیابی با هدف شناسایی، کسب و برنامه‌ریزی استفاده از منابع لازم برای پیش‌بینی، پیشگیری یا مقابله با تهدیدها تعریف می‌کند (۴). بحران‌های زیستی نیز به‌عنوان نوعی از بحران‌ها شناخته می‌شوند که در سال‌های اخیر با افزایش احتمال وقوع و شدت تأثیرات منفی‌شان، توجه بیشتری را به خود جلب کرده‌اند (۵). همه‌گیری کووید- ۱۹ در سال۲۰۱۹ به‌عنوان یک مسئله مهم بهداشت جهانی پدیدار شد. محدودیت‌ها و محرومیت‌های حاصل از تحریم‌های بین‌المللی، ناشناخته بودن بیماری، عدم استفاده کارآمد از ظرفیت فناوری اطلاعات در مدیریت افکار عمومی، موجب ظهور ترس و بروز واکنش‌های هیجانی در ایران گردیده بود. سیاست‌ها و اقدامات کلیدی اولین کشورهای درگیر با ویروس در شرق آسیا نشان داد وقوع یک اپیدمی فقط یک مسئله مهم سلامتی نیست بلکه ابعاد و پیامدهای آن فراتر از نظام سلامت بوده و همه بخش‌های یک کشور را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۶). ویروس کرونا اولین و آخرین بحران همه‌گیر در جهان نخواهد بود. رفتار مردم، دولت‌مردان و نیز متخصصان در حیطه‌های مختلف تعیین‌کننده شیوه حل مشکل خواهد بود؛ اینکه یک جامعه بداند چگونه و از چه طریقی آن بحران را مدیریت و رهبری نمایند موضوعی مهم است که سیاستگذاران و مدیران باید طی زمان و با کسب تجربه از این بحران و بحران‌های مشابه نسبت به تدوین الگوی رفتاری مناسب اقدام نمایند (۷،۸). افراد بسته به برداشت‌های خود، واکنش‌های متفاوتی نسبت به تغییرات دارند. درک تجربیات زیسته کارکنان از منظر پدیدارشناختی که بر معانی ذهنی و ادراکات فردی تمرکز دارد؛ ضرورت دارد اما همچنان در تحقیقات محدود است (۹). در بین سیستم‌های ارائه خدمت، سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خصوصا بیمارستان‌ها نقش مهم و موثری در مدیریت بحران‌ها دارند. این مراکز نه‌تنها در خط مقدم پاسخ‌گویی به شرایط اضطراری قرار دارند، بلکه با ارائه خدمات درمانی، کنترل بیماری‌ها، و پشتیبانی روانی و اجتماعی، به تثبیت وضعیت جامعه در شرایط بحرانی کمک می‌کنند (۱۰). مستندسازی و تحلیل تجربیات مدیران و مسئولان در جریان مقابله با این بحران، می‌تواند به‌عنوان منبعی غنی برای یادگیری و آمادگی در برابر بحران‌های مشابه آینده مورد استفاده قرار گیرد. چنین مطالعاتی نه‌تنها به بهبود سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری کمک می‌کند، بلکه زمینه‌ساز ارتقاء تاب‌آوری سازمانی و اجتماعی در برابر تهدیدهای نوظهور خواهد بود. تحلیل تجربه‌های حاصل از بحران کووید-۱۹ راهبردهای عملی برای بهبود عملکرد سازمانی و ارتقای سلامت کارکنان و بیماران ارائه می‌دهد. با وجود مطالعات متعدد در مورد کووید-۱۹، تحلیل عمیق تجربیات مدیران بیمارستانی در ایران با رویکردی پدیدارشناختی که به «چرایی» و «چگونگی» چالش‌ها بپردازد، مغفول مانده است. لذا این مطالعه با هدف مدیریت بحران در نظام سلامت پس از کووید-۱۹ در بیمارستان حضرت علی‌ابن‌ابی‌طالب (ع) انجام شد بر این اساس، پرسش اصلی پژوهش چنین است :چه درس‌هایی می‌توان از تجربه‌های کووید-۱۹ برای مدیریت بحران‌های زیستی آتی در بیمارستان حضرت علی‌ابن‌ابی‌طالب (ع) رفسنجان استخراج کرد؟

روش بررسی

پژوهش حاضر با رویکرد پدیدارشناسانه انجام شد تا تجربه‌های زیسته مدیران در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ در بیمارستان حضرت علی‌ابن‌ابی‌طالب (ع) رفسنجان مورد واکاوی قرار گیرد. پدیدارشناسی یکی از جنبش‌های بنیادین فلسفه معاصر است که توسط ادموند هوسرل بنیان‌گذاری شد (۱۱). همه مکاتب پدیدارشناسی در تلاش‌اند تا نحوه ظهور پدیده‌ها در آگاهی انسانی را تبیین کنند و به‌عنوان یک رویکرد کیفی، به دنبال کشف ساختارهای آگاهی در جریان تجربه انسانی و جوهره پدیده‌ها آنطور که توسط افراد درک می‌شود، با تأکید بر عمق، معنا و تفسیر ذهنی است (۱۲،۱۳)

جامعه آماری این پژوهش شامل مدیران شاغل در بیمارستان علی‌ابن‌ابی‌طالب (ع) در دوران همه‌گیری ویروس کرونا بود. دلیل انتخاب این بیمارستان آن بود که به‌عنوان تنها مرکز درمانی چندتخصصی در شهر رفسنجان فعالیت می‌کرد و هم‌چنین در

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-21]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i7.22995]

CC BY-NC 4.0

دوران همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ به‌عنوان مرکز اصلی ارائه خدمات درمانی به بیماران مبتلا به این بیماری تعیین شده بود. به‌منظور دستیابی به داده‌هایی عمیق و مبتنی بر تجربه، از روش نمونه‌گیری هدفمند با رویکرد گلوله‌برفی استفاده شد. در مجموع، ۱۷ نفر از کارکنان که تجربه مستقیم و معناداری از مدیریت و مواجهه با بحران کرونا در این مرکز درمانی داشتند، به‌عنوان مشارکت‌کنندگان در مطالعه انتخاب شدند (جدول ۱). ترکیب افراد مشارکت‌کننده شامل طیفی متنوع از تخصص‌ها و جایگاه‌های حرفه‌ای بود؛ از جمله رئیس بیمارستان، مدیر اداری، پزشک، سرپرستار آزمایشگاه، سرپرستار رادیولوژی، سرپرستار بخش‌های درمانی و معاون اداری و پشتیبانی و مترون. تمامی این افراد در زمان انجام مطالعه در بیمارستان مذکور مشغول به فعالیت حرفه‌ای بوده‌اند و تجارب آنان مبنای تحلیل کیفی پژوهش قرار گرفت. مصاحبه‌ها در طول سال‌های ۲۰۲۱ و ۲۰۲۲ انجام شد و به‌طور میانگین حدود ۹۰ دقیقه به طول انجامید. همه مصاحبه‌ها به زبان فارسی انجام و تحلیل شدند.

تجزیه و تحلیل آماری

داده‌ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته جمع‌آوری شدند. در قسمت اول اطلاعاتی در مورد ویژگی‌های پایه افراد مانند سن، جنسیت، سابقه کار، محل خدمت تکمیل گردید. در بخش دوم، سوالات مصاحبه بر اساس اهداف مطالعه و با مطالعه اسناد و نظرات تیم پژوهش تدوین گردید و در طی مطالعه و با انجام مصاحبه ها بهبود پیدا کرد. مکان مصاحبه بر حسب راحتی و نظر خود مصاحبه شونده بود. در ابتدا سوالی کلی درباره تجارب آن‌ها از دوران کرونا آغاز شد و با سوالات جزئی تر ادامه یافت و سعی شد همه سوالات اصلی مطالعه پوشش داده شوند. تحلیل داده ها از شروع مطالعه و گردآوری داده‌ها شروع شد و تا اشباع داده‌ها و عدم ایجاد کد جدید ادامه یافت. اشباع هنگامی اتفاق می‌افتد که با ادامه جمع‌آوری داده‌ها، داده‌های جمع‌آوری شده تکرار داده‌های قبلی باشد و اطلاعات جدیدی حاصل نشود. مطالعات نشان داده‌اند که انجام بین ۵ تا ۲۵ مصاحبه برای پژوهش‌های پدیدارشناسانه مناسب است (۱۴) و به‌طورکلی، حجم نمونه در مطالعات پدیدارشناسی بر اساس عمق تحلیل تعیین می‌شود نه بر مبنای تعداد شرکت‌کنندگان (۱۵). به‌منظور تحلیل داده‌ها از رویکرد هفت‌مرحله‌ای تحلیل کیفی بالینی استفاده شد (۱۶) انجام شد:

در مرحله نخست، داده‌ها برای تحلیل آماده‌سازی شدند؛ فایل‌های صوتی به‌صورت کامل پیاده و متون در صورت لزوم ویرایش شد. سپس در مرحله دوم، پژوهشگر داده‌ها را به‌صورت آزاد و چندباره مطالعه کرد (خواندن شناور) تا درک کلی و شهودی از محتوای داده‌ها به‌دست آید. در مرحله سوم، داده‌ها به واحدهای تحلیل تقسیم شدند؛ بدین معنا که هر جمله یا عبارت دارای مفهوم مستقل به‌عنوان یک واحد معنایی مشخص گردید. در مرحله چهارم، برای هر واحد معنایی، کدهایی ساخته شد. این کدها به‌صورت استقرایی و بر اساس محتوای واقعی داده‌ها شکل گرفتند. در مرحله پنجم، کدهای مشابه و مرتبط با یکدیگر مقایسه، ترکیب و در قالب مقوله‌ها و زیرمقوله‌ها سازمان‌دهی شدند. این مقوله‌ها بازتاب‌دهنده الگوهای معنایی گسترده‌تر در تجربه مشارکت‌کنندگان بودند. در مرحله ششم، مقوله‌های به‌دست‌آمده مورد تفسیر و تحلیل قرار گرفتند؛ روابط بین مقوله‌ها بررسی و نتایج با ادبیات نظری و مطالعات پیشین مقایسه شد تا درکی عمیق‌تر از پدیده مورد مطالعه حاصل گردد. در نهایت، در مرحله هفتم، جهت اطمینان از صحت و اعتبار نتایج، از روش‌های مختلف اعتبارسنجی همچون بررسی همتایان، تأیید مشارکت‌کنندگان و بازبینی مکرر داده‌ها استفاده شد. بازبینی مشارکت‌کنندگان بدین‌گونه بود که خلاصه مصاحبه به شرکت‌کنندگان داده شد تا تأیید نمایند. معیارهای گوبا و لینکلن (۱۷) را برای اطمینان از اعتبار روش‌شناختی با استفاده از (۱) اعتبارسنجی همتا و پاسخ‌دهنده، (۲) اعتبارسنجی بین تحلیل‌گران، (۳) نمونه‌گیری متنوع برای انتقال‌پذیری و (۴) نقل‌قول‌های مستقیم از شرکت‌کنندگان اعمال شد. به‌کارگیری فرآیند تکراری و انعکاسی، عمق تحلیلی را تضمین کرده و اعتبار و اعتبار یافته‌ها را افزایش داد. نتایج نهایی در نهایت توسط هیئت بررسی همتا سازمانی تأیید شد .این گروه شامل مدیران اجرایی خارج از تیم پژوهش بودند که مواجهه مستقیم با بحران کرونا داشتند.

نتایج

در فرآیند تحلیل داده‌های حاصل از تجربیات شرکت‌کنندگان در مواجهه با بحران ناشی از همه‌گیری کووید-۱۹، سه مقوله اصلی شامل زیرساخت‌های فیزیکی و لجستیکی، عوامل ساختاری و مدیریتی و عوامل اجتماعی و فرهنگی شناسایی گردید. هم‌چنین، ده زیرمقوله مرتبط با این سه محور اصلی استخراج شد (جدول ۲).

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-21]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i7.22995]

CC BY-NC 4.0

زیرساخت‌های فیزیکی و لجستیکی: در بعد زیرساخت‌های فیزیکی و لجستیکی، مشارکت‌کنندگان به کمبود وسایل حفاظت فردی (PPE) اشاره کردند که دربرگیرنده موضوعاتی همچون کمیابی، توزیع نامناسب، کیفیت پایین، قیمت بالا و حتی مفقود شدن این تجهیزات در محیط‌های درمانی بود. فرسودگی و خرابی تجهیزات بیمارستانی و کمبود دارو از دیگر مصادیق مربوط به این بعد بودند. مشارکت کننده‌ای در این رابطه گفت: «در شروع بحران، الکل محدود و کمیاب شد، ماسک کمیاب شد، ماسکی که ما به‌راحتی و آسانی می خریدیم باهاش به مشکل بر خوردیم، مساله دیگری که هم‌زمان داشتیم توزیع بود؛ که خب حالا این ماسک چطوری تخصیص بدیم، به چه کسی ماسک جراحی بدیم، به چه کسی ماسک ۹۵ بدیم، محلول هامون چطوری توزیع کنیم.» (مشارکت کننده ۱، مدیر اجرایی). مشارکت کننده دیگری در بحث تجهیزات اشاره کردند:". در بیمارستان ۲ تا اکسیژن‌ساز داشتیم که قدیمی و مستهلک بودند و این‌ها اتاق عمل، ICU و تعداد بخش‌های محدودی را پوشش میدادن و ما شایدتا قبل از بحرا کرونا ۵۰ تا بیمار ICU و یا اتاق عمل داشتیم و پیش‌بینیمون در همین حد بود. یک‌باره ۲۰۰ تا بیمار نیاز به اکسیژن داشتن، تمام بخش‌ها به اکسیژن و این سیستم تجهیزات نیاز داشتن.» (شرکت کننده ۷، پزشک)

جدول۱: مشخصات دموگرافیک مصاحبه شوندگان

مشخصه		تعداد(درصد)	نام سازمان	تعداد
جنسیت	مرد	۱۲ (٪ ۷۰/۶)	مسئول خدمات	۱
			سرپرستار	۵
	زن	۵ (٪۲۹.۴)	رئیس دانشگاه	۱
			معاون توسعه مدیریت و برنامه‌ریزی	۱
تحصیلات	لیسانس	۷(٪۴۱.۲)	مسئول رادیولوژی	۱
	فوق لیسانس	۵ (٪۲۹.۴)	مسئول پرستاری دانشگاه	۱
	دکترا و بالاتر	۵ (٪۲۹.۴)	رئیس بیمارستان	۱
سن	۳۵-۵۰	۷(٪۴۱.۲)	مسئول آزمایشگاه	۱
	≥۵۰	۱۰(٪۵۸.۸)	مدیر پرستاری بیمارستان	۱
سابقه کار	۵-۱۰ سال	۴(٪۲۳.۵)	سوپروایزر	۴
	۱۰-۱۵ سال	۷(٪۴۱.۲)		
	≥۱۵ سال	۶(٪۳۵.۳)		

جدول ۲ : طبقه بندی چالش‌ها در مدیریت بحران کووید-۱۹ بر اساس تجربه‌های شرکت‌کنندگان

طبقه اصلی	زیر طبقه	طبقه اولیه
زیرساخت‌های فیزیکی و لجستیکی	کمبود و ناکارآمدی تجهیزات حفاظتی و درمانی	کمیاب شدن وسایل حفاظت فردی مفقود شدن وسایل حفاظت فردی توزیع نامناسب امکانات کیفیت پایین وسایل و تجهیزات موجود فرسودگی تجهیزات درمانی و حفاظتی افزایش قیمت تجهیزات پزشکی و حفاظتی کمبود دارو و اقلام مصرفی حیاتی کمبود تجهیزات پزشکی

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-21]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i7.22995]

CC BY-NC 4.0

	محدودیت فضا و ایزولاسیون	نبود سیستم‌های تهویه هوای کارآمد و پیشرفته نبود محیط مناسب برای بستری بیماران حاد کرونایی طراحی نامناسب فضای داخلی بیمارستان و چیدمان نادرست بخش‌ها نبود فضاهای مناسب برای استراحت کادر درمان
عوامل ساختاری و مدیریتی	بحران منابع انسانی	کمبود نیروی متخصص و آموزش دیده افزایش حجم کاری عدم همکاری برخی پرسنل درمان مشکلات خانوادگی و بحران‌های روحی- روانی کادر درمان محدودیت در به‌کارگیری نیروهای خاص بدلیل مشکلات زمینه‌ای
	نارسایی‌های مدیریتی و سیاست‌گذاری	ضعف در تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی تغییر مداوم برنامه‌ها و چینش نیروها تبعیض بین نیروها و بخش ها عدم توجه به نظرات و دعوت نشدن مدیران برخی بخش ها در جلسات کرونا قراردادهای غیراصولی بی‌توجهی به مصوبات کمیته ها فردگرایی مدیران
	محدودیت‌های مالی و اقتصادی	کاهش درآمدزایی بیمارستان افزایش هزینه‌های پرسنل افزایش کسورات بیمه ای تحمیل هزینه‌های جدید بدون تأمین منابع محدودیت‌های مالی و تخصیص منابع
	شکاف دانشی و آموزشی در مواجهه با بحران	فقدان اطلاعات کافی درباره بیماری نداشتن آموزش کافی درزمینه استفاده از وسایل حفاظت فردی و تجهیزات اتلاف وقت در آموزش نیروهای جدید
	ابهام در درمان و پروتکل‌ها	تناقض در شیوه‌های درمان تغییر پروتکل های درمانی
عوامل اجتماعی و فرهنگی	خستگی ناشی از همه‌گیری (Pandemic Fatigue)	خستگی روانی و جسمی کارکنان درمانی و مردم کاهش انگیزه عمومی برای رعایت توصیه‌های بهداشتی
	نقض پروتکل‌های بهداشتی و ایمنی	بی‌توجهی به فاصله‌گذاری اجتماعی و استفاده از ماسک فشارهای اقتصادی و اجتماعی چالش‌های نظارت و کنترل رفتارهای پرخطر در جامعه
	انتشار شایعات و باورهای نادرست	گسترش اطلاعات غلط در فضای مجازی باورهای غیرعلمی بر تصمیم‌گیری‌های فردی و جمعی

عوامل ساختاری و مدیریتی: از دیدگاه مشارکت‌کنندگان در بخش منابع انسانی، کمبود نیرو، افزایش حجم کاری، عدم همکاری برخی پرسنل، و مشکلات روانی و خانوادگی کادر درمان و تغییرات مکرر در برنامه‌ها فشار مضاعفی بر سیستم سلامت وارد کرد. از سوی دیگر، بیمارستان با محدودیت‌های مالی، کاهش درآمد بیمارستان‌ها، افزایش هزینه‌های درمانی و کسورات بیمه‌ای، مواجهه شده بود. هم‌چنین، تناقض در شیوه‌های درمان و تغییر مکرر پروتکل‌ها، سردرگمی و بی‌ثباتی در فرآیند درمان را به‌دنبال داشت. مشارکت‌کننده‌ای در مورد کمبود نیرو و افزایش حجم کاری گفت: «بیشتر مشکلات ما تو موج‌های بعدی به‌وجود آمد. مثلاً تو موج سوم به بعد با کمبود نیرو مواجه شده بودیم. درموج سوم و ۷۰ تا ۸۰ درصد پرسنل درگیربیماری شده

CC BY-NC 4.0
[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-21]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i7.22995]

بودند و علامت‌دار بودند اما تستشون منفی بود. کمبود شدید نیرو داشتیم. به خاطر همین حتی به نیروهای آموزشی هم ابلاغ موقت زدند یا هر جایی‌که پرستار داشتند فرقی نمی‌کرد از دانشجو تا نیروهای آموزشی به همه ابلاغ زده شد...» (مشارکت کننده شماره ۳، پرستار) مشارکت کننده دیگری اظهار داشت:" من ۷ مرتبه برنامه رو عوض کردم. برنامه رو می‌نوشتم و در بورد اعلام می‌کردم باز می‌دیدم یکی درگیر شد دوباره باید برنامه عوض میشد و اونایی که درگیر نشدن شیفتشان بیشتر می‌شد تا کار پرسنل بیمار را جبران کنن.» (مشارکت‌کننده شماره ۸، سوپروایزر رادیولوژی). در حوزه مالی مشارکت‌کننده‌ای اظهار داشت:" شرکت‌های بیمه برخی کسورات به ما می‌زدند، پیگیر شدیم دیدیم میگن شما این کارو انجام دادین توی برگه گزارشتون کلمه اسپیرال قید نشده. با همین یه کلمه اسپیرال کلی هزینه و کسورات میخورد برا ما." (مشارکت‌کننده شماره ۴، پزشک) مشارکت‌کننده‌ای دیگری بیان کرد:" یه مدیر که می‌خواد برنامه در شرایط بحران اجرا کنه، نباید درگیر مسائل روزمره حقوق و اضافه کار بشه ؛ مدام درگیر این موضوعات شدن وقت تفکر رو از سیستم گرفته و روزمرگی پیش میاد" (مشارکت کننده شماره ۲، سوپروایزر)

مشارکت‌کننده‌ای در مورد تغییر مکرر پروتکل‌ها گفت: « چون یک تجربه جدید بود؛ پروتکل‌ها و دستورالعمل‌ها مکرر تغییر می‌کرد.» (مشارکت‌کننده شماره ۶، سر پرستار)

عوامل اجتماعی و فرهنگی: عدم رعایت پروتکل‌های بهداشتی، خستگی ناشی از طولانی شدن همه‌گیری (Pandemic Fatigue) و گسترش شایعات و باورهای نادرست از مهم‌ترین مصادیق مربوط به بعد عوامل اجتماعی و فرهنگی بودند که مشارکت‌کنندگان به آن اشاره کردند.

در این خصوص مشارکت‌کننده‌ای بیان کرد: « وقتی *pandemic fatigue* رخ می‌دهد مردم حرفای شما رو اصلا گوش نمی‌کنند؛ میری تو شهر می‌بینی استفاده از ماسک زیر ۴۰ درصد اومده؛ این *pandemic fatigue* یه چیز شناخته‌شده‌ای است. درنهایت فرد میگه مبتلا میشم.» (مشارکت‌کننده شماره ۳، پزشک)

مشارکت‌کننده دیگری اشاره کرد: «ما چند تا مشکل خیلی مهم داشتیم. فضای رسانه و فضای مجازی پر شده بود از شایعات و واقعیات؛ بخش عمده‌ای از انرژی به‌خصوص مدیران ستادی دانشگاه به‌خصوص در بخش بهداشت باید صرف این می‌کردیم که به مردم بگیم آقا کدوم حرف دروغه کدوم حرف راسته و همین اتفاق در مورد واکسن هم افتاد بالاخره در دنیا یه گروه‌هایی هستن که اینا ضد واکسن هستن حرف درست و حساب دارن حرف ناحساب هم دارن...». (مشارکت‌کننده شماره ۹- مدیر پرستاری)

بحث

سیستم مراقبت‌های بهداشتی با بحران بی‌سابقه‌ای ناشی از همه‌گیری یک بیماری مواجه شد. بیمارستان علی‌ابن‌ابی‌طالب رفسنجان، به‌عنوان یکی از اجزای کلیدی سیستم مراقبت‌های بهداشتی شهر، در خط مقدم پاسخگویی به این بحران قرار داشت. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که سه عنصر در مدیریت مؤثر بحران نقش کلیدی دارند: زیرساخت‌های فیزیکی و لجستیکی، عوامل ساختاری و مدیریتی و عوامل اجتماعی و فرهنگی و تعامل پویا میان این سه دسته، زمینه‌ساز طراحی نظام‌های پاسخ‌گو، منعطف و پایدار در مدیریت بحران است.

زیرساخت‌های فیزیکی و لجستیکی: مطالعه ای نشان داد که برای تقویت ظرفیت نظام سلامت در برابر بحران‌هایی مانند کووید-۱۹، برخورداری از هر دو دسته عناصر «سخت» و «نرم» ضروری است. عناصر سخت شامل زیرساخت‌های فیزیکی مانند ساختمان‌ها، تجهیزات پزشکی، و نیروی انسانی متخصص در حوزه مراقبت‌های سلامت هستند که پایه‌های عملیاتی خدمات درمانی را تشکیل می‌دهند. در کنار این موارد، عناصر نرم از جمله وجود هماهنگی مؤثر میان بخش‌های مختلف، تدوین پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های علمی و به‌روز برای پیشگیری و کنترل بیماری، و هم‌چنین برقراری ارتباطات شفاف و اثربخش میان کارکنان، بیماران و مدیران نیز نقش تعیین‌کننده‌ای دارند. ترکیب متوازن این دو دسته از عناصر، امکان پاسخ‌گویی سریع، مؤثر و پایدار را در شرایط بحرانی فراهم می‌سازد و موجب ارتقاء تاب‌آوری نظام سلامت می‌شود (۱۸). مطالعه Shepherd & Williams در سال ۲۰۲۳ سه الگوی واکنش را شناسایی کرد که گزینه‌هایی برای نحوه مواجهه سازمان‌ها با چالش‌ها بر اساس نوع تأثیر تجربه‌شده ارائه می‌دهد: نخست، برخی سازمان‌ها با جهش ناگهانی در تقاضا روبه‌رو شدند و نیازمند تصمیم‌گیری‌های ساده و تغییرات تدریجی برای مقیاس‌پذیری سریع بودند. دوم، برخی دیگر با چالش‌های عملیاتی مواجه شدند و با بازآفرینی ساختارهای موجود، توانستند فعالیت‌های خود را حفظ کنند. و در الگوی سوم، گروهی از سازمان‌ها شرایط خود را تهدیدی فوری برای بقای سازمان ارزیابی کرده و به تغییرات اساسی و سریع در

CC BY-NC 4.0
[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-21]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i7.22995]

مدل اداره کار روی آوردند. در واقع مطالعه نشان داد سازمان‌ها از یک رویداد مشترک، تجربه‌های متفاوتی دارند و باید تصمیم‌گیری‌ها، ابتکارات راهبردی و فعالیت‌های عملیاتی خود را به‌گونه‌ای همسو کنند که تاب‌آوری را به بهترین شکل ممکن تقویت کند (۱۹). مطالعه حاضر نشان داد در جریان همه‌گیری کووید-۱۹ بیمارستان علی ابن ابیطالب رفسنجان، با الگوی سوم در واکنش به این تهدید زیستی مواجهه شد. چالش‌های زیرساخت‌های فیزیکی و لجستیکی ناکارآمد نه‌تنها ایمنی کارکنان را تهدید می‌کرد، بلکه اعتماد به نظام تأمین تجهیزات را نیز کاهش داد. هم‌چنین، فرسودگی و خرابی تجهیزات بیمارستانی به‌واسطه بار سنگین بیماران، همراه با کمبود دستگاه‌های حیاتی، موجب اختلال در ارائه خدمات درمانی شد. کمبود دارو نیز به‌عنوان یک عامل بحرانی، روند درمان بیماران را با چالش‌های جدی مواجه ساخت و نیاز به بازنگری در زنجیره تأمین دارویی را برجسته کرد.

عوامل ساختاری و مدیریتی: در مطالعه جاضر چالش های ساختاری و مدیریتی بحران کووید-۱۹ شامل مجموعه‌ای از نارسایی‌ها در زیرساخت‌های انسانی، مالی، مدیریتی، آموزش و درمان بود. ضعف در تصمیم‌گیری، تغییرات مکرر در برنامه‌ها، تبعیض بین بخش‌ها، و عدم مشارکت مدیران در جلسات بحرانی، از جمله چالش‌های مدیریتی بودند که انسجام و تاب‌آوری سازمانی را در بیمارستان علی‌ابن‌ابیطالب (ع) تضعیف کردند. Koronis و همکارش در سال ۲۰۱۸ نیز در مطالعه خود با اتخاذ رویکردی راهبردی به مسئله بقا سازمانی، استدلال می‌کند که آمادگی، پاسخ‌گویی، سازگاری و توانایی یادگیری، محرک‌های اصلی تاب‌آوری سازمانی و مسیر جدیدی در مدیریت بحران محسوب می‌شوند. مدل مفهومی پیشنهادی ایشان بر ضرورت بازپیکربندی‌های راهبردی برای شکل‌گیری فرهنگ تاب‌آوری و توسعه سرمایه اجتماعی حمایتی در سازمان‌ها تأکید دارد (۲۰). در مرحله پیشگیری، اقداماتی مانند برنامه‌ریزی، شناسایی نقاط آسیب‌پذیر، آموزش اجتماعی و تقویت تاب‌آوری اجتماعی، قاعده‌گذاری و جلب اعتماد اجتماعی نقش کلیدی در کاهش آسیب‌های احتمالی دارند. یافته مطالعه‌ای نیز نشان داد در مرحله پیشگیری از بحران، مدیران باید آگاهی خود را از ظرفیت‌ها و درک خود را از توانمندی‌های زیرمجموعه سازمان افزایش دهند تا بتوانند یک برنامه کارآمد و عملیاتی تدوین کنند (۲۱). مرحله آمادگی نیز بر تجهیز افراد و نهادها از طریق آموزش، تمرین، ارزیابی ریسک و توسعه ارتباطات بحران تمرکز دارد تا ظرفیت واکنش مؤثر در برابر بحران‌ها افزایش یابد (۲۲). مطالعه دیگری نشان می‌دهد که افزایش تاب‌آوری مراکز درمانی در برابر بحران‌های بهداشتی نیازمند شناسایی دقیق عوامل مؤثر، تحلیل روابط میان آن‌ها، و طراحی ساختار مدیریتی منسجم است. تاب‌آوری سازمانی نه‌تنها به آمادگی فیزیکی و تجهیزاتی، بلکه به انسجام مدیریتی، انعطاف‌پذیری ساختاری، و توانمندی در پاسخ‌گویی سریع وابسته است (۲۳). عدم آمادگی قبل از همه‌گیری به‌عنوان چالش کلیدی در مطالعه حاضر عنوان شد. باید درنظر داشت واکنش نسبت به تغییر، پاسخی شناختی و رفتاری است. این واکنش تا حد زیادی به نحوه معرفی تغییر توسط مدیران و میزان پاسخ‌دهی دیگران بستگی دارد. معمولاً واکنش منفی نسبت به تغییر زمانی رخ می‌دهد که انتظار می‌رود تغییر منجر به افزایش حجم کار، عدم قطعیت و خستگی شود، به‌ویژه زمانی که تغییر سریع بوده و کل سازمان یا بخش‌های بزرگی از آن را در بر گیرد (۲۴). یافته‌های مطالعه ما نیز نشان داد که در شرایط بحران کووید۱۹، عواملی نظیر افزایش حجم کار، افزایش ناگهانی وظایف، ضعف ارتباطات، نبود اطلاعات کافی و فشارهای زمانی، بر عملکرد فردی کارکنان و سازمان تأثیر منفی داشته است. استراتژی‌های مؤثر برای رفع کمبود نیروی کار در طول بحران‌ها شامل استفاده از نیروی کار داوطلبانه، تمرکز بر انگیزه‌های جسمی و روانی، انتقال پرسنل از مناطق کمتر آسیب‌دیده و تقویت همبستگی بین کارکنان است. در ایالات متحده، استخدام متخصصان درمانی بازنشسته و داوطلب، همراه با دانشجویان پزشکی مقطع کارشناسی، به‌عنوان راهی برای جبران کمبود نیروی کار مورد توجه قرار گرفته است (۲۵). این استراتژی‌ها نیز در مطالعه حاضر نمایان شد. کمبود ارتباطات موجب عدم تعادل در سازمان شده و واکنش‌های منفی مانند خروج را افزایش داده است (۲۶). در مطالعه دیگری، رابطه نزدیک بین مدیران پرستاری و پرستاران عامل مهمی در افزایش انگیزه است (۲۷). تقویت هماهنگی بین بخشی می‌تواند به جلوگیری از اقدامات زائد کمک کند. گزارش‌های مربوط به کمبود و اتلاف کالاهای ضروری، مانند مواد ضدعفونی‌کننده، مستلزم نظارت مستمر است. خدمات روانشناسی باید برای حمایت از سلامت روان افراد آسیب‌دیده و رفع فرسودگی شغلی در بین کادر پزشکی به‌کار گرفته شود. علاوه بر این، باید از فضای مجازی برای ارتباط با بیماران انتخابی و راه‌اندازی کلینیک‌های مجازی استفاده شود

CC BY-NC 4.0
[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-21]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i7.22995]

(۲۸). در آغاز یک بیماری همه‌گیر، در توصیه‌های مقامات بهداشتی مانند سازمان بهداشت جهانی (WHO) و مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC) تناقضاتی وجود داشت (۲۹). مطالعه ما نیز نشان داد نبود اطلاعات و یا تناقضات در شواهد، تقطیع اطلاعات و گزارش ناصحیح و ارتباطات غیر شفاف میان واحدهای داخلی و نهادهای بیرونی منجر به سردرگمی، تأخیر در واکنش و کاهش اثربخشی اقدامات گردید.

عوامل اجتماعی و فرهنگی: شیوع بیماری کووید-۱۹ در سراسر جهان، تغییرات عمده‌ای در زندگی روزمره ی تمامی افرد دنیا به وجود آورده است. در سطح اجتماعی، رفتار عمومی جامعه نقش تعیین‌کننده‌ای در موفقیت یا شکست مدیریت بحران ایفا کرد. مطالعه حاضر نشان داد عدم رعایت پروتکل‌های بهداشتی، خستگی ناشی از طولانی شدن همه‌گیری (Pandemic Fatigue) و گسترش شایعات و باورهای نادرست، موجب کاهش اثربخشی سیاست‌های سلامت عمومی شد. این عوامل نه‌تنها بار مضاعفی بر نظام درمانی وارد کردند، بلکه اعتماد عمومی به نهادهای رسمی را نیز تضعیف نمودند. رسانه به‌عنوان حلقه واسط میان سازمان و جامعه، نقشی کلیدی در هدایت افکار عمومی، پاسخ‌گویی به ابهامات و تقویت اعتماد اجتماعی ایفا می‌کند. تناقضات موجود در شواهد علمی و گزارش‌های رسانه‌ای، ارائه‌دهندگان خدمات درمانی را نیز گیج کرده و به‌عنوان یک مسئله چالش‌برانگیز، منجر به بی‌اعتمادی عمومی به توصیه‌های بهداشتی شده است (۳۰). در مطالعه ای، هنجارهای اجتماعی و مذهبی، به ویژه در جوامع سنتی، بر میزان مواجهه تأثیر می‌گذارند. وجود مراسم مذهبی و سنتی مرتبط با ازدحام جمعیت از عوامل مهم هستند که اجرای اقدامات فاصله‌گذاری اجتماعی را دشوارتر می‌کنند (۳۱). همه گیری کووید ۱۹ گذشته از تاثیر بر سلامت جسمانی، بر سلامت روان و رفاه نیز اثر می گذارد. براساس نتایج مطالعه شیردل و همکاران، جوانان استان سیستان و بلوچستان همراه با مشکلات ناشی از اپیدمی کرونا عواطف منفی متفاوت و متداومی نظیر ترس، ناامیدی، غم، بلاتکلیفی و خشم را تجربه نمودند که برای آنها شرایط عاطفی ایستا و سختی را فراهم ساخته است. توجه به نیازهای جوانان و انتقال هنجارهای عاطفی مثبت برای بهبود احساسی آن‌ها مفید به‌نظر می‌رسد (۳۲). یافته‌های مطالعه ما نشان داد مدیران جامعه پژوهش در خصوص خستگی ناشی از طولانی شدن همه‌گیری در بین شهروندان دغدغه و چالش‌هایی داشتند. آموزش نقش مهمی در آماده‌سازی کادر پرستاری و پزشکی برای مقابله ماهرانه با این بیماری همه‌گیر ایفا می‌کند (۳۳). یافته‌های مطالعه سهیلی و همکاران حاکی از آن بود برگزاری دوره‌های تنظیم هیجان و آموزش فنون آن و نیز فضاسازی معنوی متناسب با بخش کووید ۱۹ می توان استرس ادراک شده کارکنان را کاهش داد (۳۴). این عوامل با ارتقاء تصمیم‌گیری، کاهش خطاهای تکراری و افزایش آمادگی سازمانی، زمینه‌ساز یادگیری سازمانی ، تقویت پاسخگویی و به تقویت تاب‌آوری در برابر بحران‌های آینده کمک می‌کنند. لزوم آموزش همگانی، مدیریت دانش و ثبت تجربیات گذشته در مدیریت بحران‌های زیستی نیز در مطالعه حاضر برجسته شد. نبود اطلاعات کافی درباره بیماری و آموزش ناکافی در استفاده از تجهیزات، منجر به اتلاف وقت و کاهش اثربخشی نیروی انسانی گردید. نقاط قوت و محدودیت های پژوهش: این مطالعه نقاط قوت روش‌شناختی قابل توجهی را در کنار محدودیت‌های ذاتی نشان می‌دهد. اتخاذ رویکرد پدیدارشناختی، امکان کاوش بینش‌های غنی و مبتنی بر زمینه را در مورد تجربیات زیسته متخصصان مراقبت‌های بهداشتی در طول یک مرحله بحرانی از اختلال سیستمی فراهم کرد. انجام تحقیق در یک محیط بیمارستانی در دنیای واقعی در دوران پس از کووید، اعتبار اکولوژیکی را افزایش داده و ارتباط عملی یافته‌ها را تقویت کرد. با این وجود، تمرکز جغرافیایی و نهادی آن بر بیمارستان حضرت علی‌بن‌ابیطالب (ع) در رفسنجان ممکن است تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به سایر محیط‌های مراقبت‌های بهداشتی با ساختارهای سازمانی و زمینه‌های فرهنگی متفاوت محدود کند. جمع‌آوری داده‌ها در طول یک مرحله خاص از بحران کووید-۱۹ انجام شد که ممکن است برداشت شرکت‌کنندگان را تحت استرس حاد شکل داده باشد، که به طور بالقوه با برداشت‌های شرکت‌کنندگان در شرایط پایدارتر متفاوت است. علاوه بر این، طراحی کیفی و پدیدارشناختی، اگرچه در ثبت تجربیات زیسته مؤثر است، اما ذاتاً کنترل متغیر و تعمیم پذیری را محدود می‌کند و ممکن است تحت تأثیر سوگیری تفسیری قرار گیرد. برای کاهش این امر، از استراتژی‌های اعتبارسنجی مانند بررسی توسط اعضا و گزارش‌گیری از همتایان برای افزایش اعتبار و قابلیت اعتماد یافته‌ها استفاده شد. از کاربردهای عملی این تحقیق می توان به این موضوع اشاره کرد که هر اقدامی در جهت مدیریت بحران و تقویت مدیریت بحران انجام گیرد می‌تواند اقدامی در قالب پدافند غیرعامل قلمداد گردد. ارزیابی این چالش‌ها در

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-21]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i7.22995]

CC BY-NC 4.0

سیستم سلامت در پاسخ به COVID-19 می‌تواند دانش ارائه‌دهندگان خدمات را بهبود بخشد و می‌تواند به‌عنوان یک چارچوب اولیه برای برنامه‌ریزی توسط سیستم سلامت به‌منظور افزایش آمادگی برای مدیریت رویداد این چنینی و موقعیت‌های مشابه باشد.

پیشنهادات برای پژوهش‌های آینده

- بررسی رویکرد پدیدارشناسی اخلاقی پیرامون تصمیم‌گیری‌های دشوار (مانند اولویت‌بندی بیماران) در شرایط بحرانی کرونا در محیط بیمارستانی
- مطالعه تطبیقی میان نحوه مواجهه سازمانی با بحران کرونا در بیمارستان‌های ایران و بیمارستان‌های سایر کشورها به‌ویژه کشورهای در حال توسعه جهت استخراج تجارب بین‌المللی
- بررسی پیامدهای روانی، فرسودگی شغلی و تاب‌آوری روانی کارکنان درمانی در دوره و پسا کرونا جهت ارائه راهکارهای حمایتی به کارکنان درمانی

نتیجه‌گیری

مراکز درمانی در مواجهه با بحران‌ها و بلایا، با چالش‌های ساختاری، مدیریتی و عملکردی متعددی روبه‌رو هستند؛ از جمله فقدان آمادگی کافی، ضعف در هماهنگی بین‌بخشی، نارسایی در مدیریت ارتباطات، و کمبود منابع انسانی و زیرساخت‌های فیزیکی. این چالش‌ها بیانگر ضرورت بازنگری در ظرفیت‌های نظام سلامت و تقویت آن از طریق آموزش هدفمند کارکنان، توسعه زیرساخت‌های فنی و انسانی، و طراحی سازوکارهای هماهنگ برای مدیریت بحران در سطوح محلی، ملی و فراملی است. تجربه همه‌گیری کووید-۱۹ نشان داد که سازمان‌ها در مواجهه با بحران‌های غیرمنتظره، نه‌تنها باید توانایی پاسخ‌گویی سریع داشته باشند، بلکه باید از فرصت‌های ناشی از بحران برای ارتقاء عملکرد، بازآرایی ساختارها و تطبیق با شرایط جدید بهره‌برداری کنند. مستندسازی درس‌آموخته‌ها و انتقال مؤثر دانش، می‌تواند به شکل‌گیری حافظه سازمانی و افزایش تاب‌آوری نهادی منجر شود. هم‌چنین، روابط عمومی به‌عنوان پل ارتباطی میان سازمان و جامعه، نقش کلیدی در هدایت افکار عمومی، پاسخ‌گویی به ابهامات و تقویت اعتماد اجتماعی ایفا می‌کند. بنابراین، مدیریت بحران مؤثر نیازمند رویکردی چندبُعدی و منعطف است که در آن ظرفیت‌سازی، یادگیری سازمانی، ارتباطات راهبردی و سرمایه‌گذاری هدفمند به‌صورت هم‌افزا عمل کنند. مدیریت بحران در صورتی موفق است که محدود به برنامه‌های عملیاتی و کوتاه‌مدت نباشد و مسئولان در گستره وسیع‌تر و با افق‌های بلندتری به آن بنگرند.

سپاس‌گزاری

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری رشته مدیریت دولتی گرایش منابع انسانی (نفر اول) در دانشگاه آزاد اسلامی واحد رفسنجان می‌باشد و سایر نویسندگان به ترتیب راهنمای اول و دوم و مشاور طرح بوده‌اند. بدینوسیله نویسندگان از مدیران دانشگاه علوم پزشکی و بیمارستان حضرت علی‌ابن‌ابیطالب (ع) رفسنجان به دلیل همکاری خوب و شرکت در پژوهش تشکر و قدردانی می‌کنند.

حامی مالی

ندارد.

تعارض در منافع

وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

مراحل انجام مطالعه پس از اخذ کد اخلاق به شماره IR.RUMS.REC.1403.193 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان آغاز شد. قبل از مصاحبه، هدف از انجام مطالعه و فرم رضایت‌نامه به‌صورت حضوری یا پست الکترونیک به مشارکت‌کنندگان داده شد و طی یک هفته از آنان درخواست شد تا درصورت رضایت، مصاحبه با آن‌ها به صورت حضوری انجام شود. مصاحبه‌ها به‌صورت فردی انجام گردید و با رضایت مشارکت‌کنندگان مصاحبه‌ها ضبط شد.

اظهارنامه استفاده از فناوری هوش مصنوعی

در نگارش این مقاله از ابزارهای هوش مصنوعی استفاده نشده است.

دسترس‌پذیری داده‌ها

داده های خام این مطالعه از طریق درخواست از نویسنده مسئول ارائه خواهد شد.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول این مقاله مسئول گردآوری داده‌ها و اجرای پژوهش و سایر نویسندگان مسئول نظارت بر اجرای پژوهش و راهنما و مشاور در تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله بوده‌اند.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-21]

[DOI: 10.18502/ssu.v34i7.22995]

CC BY-NC 4.0

References:

1. Arefi MF, Poursadeqiyan M. ***A review of studies on the COVID-19 epidemic crisis disease with a preventive approach***. Work. 2020; 66(4): 717-29.

2. Diaz-Navarro C, Leon-Castelao E, Hadfield A, Pierce S, Szyld D. ***Clinical debriefing: TALK© to learn and improve together in healthcare environments***. Trends Anaesth Crit Care. 2021; 40.

3. Duchek S. ***Organizational resilience: a capability-based conceptualization***. Bus Res. 2020; 13(1): 215-46.

4. La Via L, Vasile F, Perna F, Zawadka M. ***Prediction of fluid responsiveness in critical care: Current evidence and future perspective***. Trends Anaesth Crit Care. 2023; 54: 101316.

5. Rahil M, Arash B. ***Study on challenges of disaster management in urban heterogeneous tissues (A Case Study in Hassan Abad spot)***. Curr World Environ. 2014; 9(2): 371.

6. Doshmangir L, Ahari AM, Qolipour K, Azami S, Kalankesh L, Doshmangir P, et al. ***East Asia's strategies for effective response to COVID-19: Lessons learned for Iran***. Q J Manag Strateg Health Syst. 2019; 4(4):370-373.

7. Permatasari M, Mahyuni L. ***Crisis management practices during the COVID-19 pandemic: The case of a newly-opened hotel in Bali***. J Gen Manag. 2022; 47: 180-90.

8. Erbay H. ***The COVID-19 pandemic response and its impact on post-corona health emergency and disaster risk management in Türkiye***. Sustainability. 2024; 16(2): 826.

9. Vafaee A, Alamdari S, Hatam Abadi H, Kariman H, Arhami Dolatabadi A, Amini A, et al. ***Design Patterns in the Crisis Management Shohada hospital***. J Rescue Relief. 2011; 3(1): 67-79.

10. Green GB, Modi S, Lunney K, Thomas TL. ***Generic evaluation methods for disaster drills in developing countries***. Ann Emerg Med. 2003; 41(5): 689-99.

11. Husserl E. ***Ideas pertaining to a pure phenomenology and to a phenomenological philosophy: Second book studies in the phenomenology of constitution***. Springer Science & Business Media; 1989.

12. Greening N. ***Phenomenological Research Methodology***. Sci Res J. 2019; 7(5): 1-4.

13. Williams H. ***The Meaning of "Phenomenology": Qualitative and philosophical phenomenological research methods***. Qual Rep. 2021; 26(2): 366-385.

14. Bekele WB, Ago FY. ***Sample size for interview in qualitative research in social sciences: A guide to novice researchers***. Res Educ Policy Manag. 2022; 4(1): 42-50.

15. Guest G, Bunce A, Johnson L. ***How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability***. Field Methods. 2006; 18(1): 59-82.

16. Faria-Schützer DBd, Surita FG, Alves VLP, Bastos RA, Campos CJG, Turato ER. ***Seven steps for qualitative treatment in health research: the Clinical-Qualitative Content Analysis***. Ciênc Saúde Colet. 2021; 26: 265-74.

17. Guba EG, Lincoln YS. ***Competing paradigms in qualitative research***. Handbook of qualitative research. 1994; 2(163-194): 105.

18. Sagan A, Thomas S, McKee M, Karanikolos M, Azzopardi-Muscat N, de la Mata I, et al. ***COVID-19 and health systems resilience: lessons going forwards***. 2020.

19. Shepherd DA, Williams TA. ***Different response paths to organizational resilience***. Small Bus Econ. 2023; 61(1): 23-58.

20. Koronis E, Ponis S. ***A strategic approach to crisis management and organizational resilience***. J Bus Strategy. 2018; 39(1): 32-42.

21. Iqbal MR, Chaudhuri A. ***COVID-19: Results of a national survey of United Kingdom healthcare professionals' perceptions of current management strategy - A cross-sectional questionnaire study***. Int J Surg. 2020; 79: 156-61.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-21]

[DOI: 10.18502/ssu.v34i7.22995]

CC BY-NC 4.0

22. World Health Organization. ***Infection prevention and control health-care facility response for COVID-19: a module from the suite of health service capacity assessments in the context of the COVID-19 pandemic: interim guidance, 20 October 2020***. Geneva: World Health Organization; 2020.

23. Saffari Darberazi A, Malekinejad P, Ziaeian M, Ajdari A. ***Designing a comprehensive model of hospital resilience in the face of COVID-19 disease***. J Health Adm. 2020; 23(2): 76-88.

24. Khaw KW, Alnoor A, Al-Abrrow H, Tiberius V, Ganesan Y, Atshan NA. ***Reactions towards organizational change: a systematic literature review***. Curr Psychol. 2023; 42(22): 19137-60.

25. Lopez V, Anderson J, West S, Cleary M. ***Does the COVID-19 pandemic further impact nursing shortages?***. Issues Ment Health Nurs. 2022; 43(3): 293-5.

26. Jeong Y-W, Kim J-H. ***Depression, Anxiety, Stress and Anger of the Cabin Crew during the COVID-19 Pandemic in South Korea***. Healthcare. 2022; 10(10): 1952.

27. Ardıç M, Ünal Ö, Türktemiz H. ***The effect of stress levels of nurses on performance during the COVID-19 pandemic: the mediating role of motivation***. J Res Nurs. 2022; 27(4): 330-40.

28. Miyah Y, Benjelloun M, Lairini S, Lahrichi A. ***COVID-19 impact on public health, environment, human psychology, global socioeconomy, and education***. ScientificWorldJournal. 2022; 2022: 5578284.

29. Zhang JC, Cram P, Adisesh A. ***Controversies in respiratory protective equipment selection and use during COVID-19***. J Hosp Med. 2020; 15(5): 292-4.

30. Cáceres CF. ***Unresolved COVID Controversies: 'Normal science' and potential non-scientific influences***. Glob Public Health. 2022; 17(4): 622-40.

31. Sisti LG, Buonsenso D, Moscato U, Costanzo G, Malorni W. ***The role of religions in the COVID-19 pandemic: A Narrative Review***. Int J Environ Res Public Health. 2023; 20(3).

32. Shirdel E, Mohammadi M, Kargar FH. ***The lived emotions of youth in the Covid-19 pandemic: a phenomenological study in Sistan and Baluchestan***. Strateg Stud Youth Sports. 2023; 21(58): 463-82.

33. Gerosa T, Gui M, Hargittai E, Nguyen MH. ***(Mis)informed during COVID-19: How Education level and information sources contribute to knowledge gaps***. Int J Commun. 2021; 15: 21.

34. Sohaylie N, Jafarie T, Shakaramie M. ***Analysis of perceived stress caused by covid-19 and its hazards management through emotion regulation and religious orientation***. J Environ Hazard Manag. 2022; 9(3): 289-309.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-21]

[DOI: 10.18502/ssu.v34i7.22995]

CC BY-NC 4.0